Organización Mundial de la Salud

REQUISITOS DIAGNÓSTICOS CIE-11

Trastornos específicamente relacionados con el estrés

Nota: Este documento contiene una versión previa a la publicación de los requisitos diagnósticos de la CIE-11 para los trastornos específicamente relacionados con el estrés. Es posible que se realicen modificaciones posteriores antes de su publicación.

Índice

TRASTORNOS ESPECÍFICAMENTE RELACIONADOS CON EL ESTRÉS.....2
6B40 Trastorno por estrés postraumático 3
6B41 Trastorno por estrés postraumático complejo 9
6B42 Trastorno por duelo prolongado 12
6B43 Trastorno de adaptación 15
6B44 Trastorno reactivo de apego 18
6B45 Trastorno de relación social desinhibida 20
6B4Y Otro trastorno específicamente relacionado con el estrés 23
QE84 Reacción aguda de estrés 23

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

TRASTORNOS ESPECÍFICAMENTE RELACIONADOS CON EL ESTRÉS

Los trastornos específicamente relacionados con el estrés están directamente asociados con la exposición a un acontecimiento traumático o estresante, o a una serie de eventos o experiencias adversas. Para cada uno de los trastornos de este grupo se requiere, aunque no es suficiente, la presencia de un factor estresante identificable como factor causal. No todas las personas expuestas a un factor estresante desarrollarán un trastorno. Los acontecimientos estresantes que causan algunos trastornos de este grupo se ubican en el rango normal de experiencias vitales (por ejemplo, un divorcio, problemas socioeconómicos, muerte de un ser querido). Otros trastornos requieren la exposición a acontecimientos traumáticos sumamente estresantes de naturaleza extremadamente amenazante o impactante para manifestarse (es decir, acontecimientos potencialmente traumáticos). En todos los trastornos de este grupo, lo que distingue a un trastorno de otro es la naturaleza, el patrón, y la duración de los síntomas que aparecen como respuesta al acontecimiento estresante, junto con el deterioro del funcionamiento asociado.

Los trastornos específicamente relacionados con el estrés incluyen:

6B40 Trastorno por estrés postraumático
6B41 Trastorno por estrés postraumático complejo
6B42 Trastorno por duelo prolongado
6B43 Trastorno de adaptación
6B44 Trastorno reactivo de apego
6B45 Trastorno de relación social desinhibida
6B4Y Otro trastorno específicamente relacionado con el estrés

Las categorías del grupo de *Trastornos específicamente relacionados con el estrés* no deben utilizarse para la clasificación de reacciones normales a acontecimientos recientes estresantes o traumáticos. Por esta razón, para contribuir al diagnóstico diferencial aquí se contempla también:

QF74 Reacción aguda de estrés

Las reacciones normales a acontecimientos traumáticos recientes pueden clasificarse como reacciones a estrés agudo. La reacción a estrés agudo no se considera un trastorno mental o del comportamiento, sino que aparece en la sección de la CIE-11 que enumera las razones para la búsqueda de atención sanitaria que no son enfermedades o trastornos.

Consideraciones culturales generales para los trastornos específicamente relacionados con el estrés:

- Los conceptos y significados culturalmente aceptados y reconocidos para expresar el malestar emocional, tales como como los modismos locales, explicaciones y síndromes, pueden ser una parte importante de la respuesta al trauma. Ejemplos de estos conceptos culturales incluyen estados de posesión en muchos grupos culturales, *susto* o *espanto* (miedo) entre las poblaciones latinoamericanas, *ohkumlang* (cansancio) y dolor corporal entre los refugiados butaneses torturados, *ihahamuka* (pulmones sin aliento) entre los sobrevivientes del genocidio de Ruanda y *kit chraen* (pensar demasiado) en Camboya, entre otros. Los síntomas de los trastornos específicamente relacionados con el estrés

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

pueden describirse en términos de elementos emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos de estos conceptos culturales. Los modismos de malestar emocional también pueden influir en la sintomatología y la coexistencia de otros trastornos mentales.

- Los individuos de culturas colectivistas pueden centrar su preocupación en las relaciones familiares y comunitarias más que en las reacciones personales al trauma. La presentación clínica puede incluir culpa o vergüenza por los fracasos percibidos para ayudar a otros o cumplir roles sociales culturalmente importantes. Por ejemplo, las supervivientes de violencia sexual pueden estar preocupadas por la vergüenza que puede sufrir su familia debido al evento.
- En todas las culturas, los eventos traumáticos pueden atribuirse a diversas causas espirituales o sobrenaturales, como el karma, el destino, la envidia, la brujería/hechicería o espíritus vengativos. Estas atribuciones influyen en el impacto personal y social de los factores estresantes y la naturaleza de la respuesta del individuo.
- Es necesario tener un conocimiento de las normas culturales para evaluar la gravedad de la respuesta al trauma, en particular, si los síntomas psicóticos deben considerarse consistentes con ciertas expresiones culturales del trastorno, una manifestación de otro trastorno mental (por ejemplo, un trastorno psicótico) o acordes con un funcionamiento normal dentro de ese contexto cultural.
- El impacto traumático de ciertas exposiciones puede estar fuertemente influenciado por interpretaciones culturales. Por ejemplo, para algunos grupos culturales, la exposición a la destrucción de lugares religiosos y sagrados o artefactos sagrados puede ser más estresante que un trauma personal. La respuesta sindrómica característica es la que determina si es apropiado el diagnóstico de un trastorno en particular.
- Las poblaciones migrantes pueden experimentar niveles más altos de malestar emocional relacionados con la exposición traumática en función de factores sociales concomitantes, incluida la pobreza, la discriminación por parte de la comunidad receptora y los factores estresantes aculturales.

6B40 Trastorno por estrés postraumático

Características esenciales (requeridas):

- Exposición a un acontecimiento o situación (ya sea de corta o larga duración) de naturaleza extremadamente amenazante o impactante. Estos acontecimientos incluyen, entre otros, la experiencia directa de desastres naturales o causados por el hombre, guerras, accidentes graves, tortura, violencia sexual, terrorismo, agresión, o enfermedad aguda potencialmente mortal (como un infarto al corazón); ser testigo del daño, de la amenaza de muerte o de la muerte real de otras personas de forma repentina, inesperada o violenta; y saber de la muerte súbita, inesperada o violenta de un ser querido.
- Tras el acontecimiento o situación traumática, el desarrollo de un síndrome característico con duración de al menos varias semanas incluye tres elementos básicos.
    - Re-experimentación del evento traumático en el presente, en donde el(los) evento(s) no sólo se recuerda(n) sino que se experimenta(n) como algo que está ocurriendo de nuevo en ese preciso momento (aquí y ahora). Esto suele ocurrir en forma de imágenes o recuerdos vívidos e intrusivos; escenas retrospectivas (*flashbacks*), que pueden variar desde leves (hay una sensación transitoria de que el acontecimiento está sucediendo de nuevo en el presente) a graves (hay pérdida total de conciencia del entorno actual); o sueños o pesadillas repetitivas cuyos temas están relacionados con el(los) acontecimiento(s) traumático(s). Esta re-

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

experimentación se acompaña generalmente de emociones intensas o abrumadoras, como miedo o terror, además de sensaciones físicas. La re-experimentación en el presente también puede implicar sentimientos de agobio o sumergirse en las mismas emociones intensas que se vivieron durante el evento traumático, sin un aspecto cognitivo prominente, y puede ocurrir en respuesta a recordatorios del evento. El puro hecho de reflexionar o rumiar sobre el(los) evento(s) y recordar los sentimientos que se experimentaron en aquel momento no es suficiente para cumplir con el requisito de re-experimentación.
    - Evitación deliberada de cualquier cosa que pueda producir re-experimentación del evento traumático. Esto puede implicar tanto la evitación activa interna de pensamientos y recuerdos relevantes, relacionados con el evento o evitación externa de personas, conversaciones, actividades o situaciones que le recuerden el acontecimiento. En casos extremos, la persona puede cambiar su entorno (por ejemplo, mudarse a una ciudad diferente o cambiar de trabajo) para evitar estos recuerdos.
    - Percepciones persistentes de una amenaza actual exagerada, tal como se describe para los estados de hipervigilancia o reacciones de sobresalto exageradas ante eventos como ruidos inesperados. Las personas que mantienen este estado de alerta constante se protegen contra todo peligro y sienten que ellos mismos u otras personas cercanas a ellos se encuentran en peligro inminente ya sea debido a situaciones específicas o de forma generalizada. Pueden adoptar nuevos comportamientos enfocados en garantizar su seguridad (por ejemplo, no sentarse con la espalda hacia la puerta, revisar el espejo retrovisor constantemente).
- El trastorno causa un deterioro importante del funcionamiento personal, familiar, social, académico, laboral o en otras áreas importantes. Si el funcionamiento se mantiene, es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características clínicas adicionales:

- Los síntomas comunes de trastorno por estrés postraumático pueden incluir también disforia general, síntomas disociativos, quejas somáticas, pensamientos y comportamientos suicidas, aislamiento social, consumo excesivo de alcohol o drogas para evitar la re-experimentación del evento traumático o el manejo de las reacciones emocionales y síntomas de ansiedad, incluyendo pánico y obsesiones o compulsiones en respuesta a los recuerdos o remembranzas del trauma.
- La experiencia emocional de las personas con trastorno por estrés postraumático generalmente incluye ira, vergüenza, tristeza, humillación o culpa, incluyendo la culpa del superviviente.

Límite con la normalidad (umbral):

- Los antecedentes de exposición a un evento o situación de una naturaleza extremadamente amenazante o impactante no indican por sí mismos la presencia de trastorno por estrés postraumático. Muchas personas experimentan estos factores estresantes sin desarrollar un trastorno. Más bien, la presentación debe cumplir con los requisitos diagnósticos del trastorno descritos anteriormente.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Características del curso:

- El inicio del trastorno por estrés postraumático puede ocurrir en cualquier momento de la vida después de la exposición a un evento traumático.
- El inicio de los síntomas del trastorno por estrés postraumático generalmente ocurre dentro de los tres meses posteriores a la exposición a un evento traumático. Sin embargo, pueden haber retrasos en la expresión de la sintomatología del trastorno por estrés postraumático, que puede presentarse incluso años después de la exposición a un evento traumático.
- Los síntomas y el curso del trastorno por estrés postraumático pueden variar significativamente con el tiempo y entre las personas. La recurrencia de los síntomas puede ocurrir después de la exposición a estímulos o situaciones que recuerdan el evento traumático o como resultado de experimentar factores estresantes o eventos traumáticos adicionales en la vida. Algunas personas diagnosticadas con trastorno por estrés postraumático pueden experimentar síntomas persistentes durante meses o años sin mejoría.
- Casi la mitad de las personas diagnosticadas con trastorno por estrés postraumático experimentará una recuperación completa de los síntomas dentro de los tres meses posteriores al inicio del padecimiento.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El trastorno por estrés postraumático puede ocurrir en todas las edades, pero las respuestas a un evento traumático, es decir, los elementos centrales del síndrome característico, se manifiestan de manera diferente según la edad y la etapa del desarrollo.
- Las capacidades cognitivas emergentes y las habilidades verbales limitadas para el auto-informe en niños pequeños (por ejemplo, menores de seis años) hacen que sea más difícil evaluar la presencia de re-experimentación, evitación activa de estados internos y percepciones de una mayor amenaza actual. Las evaluaciones de los síntomas no deben basarse exclusivamente en los síntomas internos informados por el niño, sino que deben incluir informes de los cuidadores sobre síntomas conductuales observables que surgen después de las experiencias traumáticas.
- En los niños más pequeños, la evidencia de los síntomas centrales que apoyan un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático a menudo es conductual, como recreaciones específicas de un trauma que pueden ocurrir durante juegos repetitivos o en dibujos, sueños atemorizantes sin contenido claro o terrores nocturnos, o impulsividad inusual. Sin embargo, es posible que los niños no parezcan necesariamente perturbados al hablar o representar sus recuerdos traumáticos, a pesar del impacto sustancial en el funcionamiento y el desarrollo psicosocial. Otras manifestaciones del trastorno por estrés postraumático en niños en edad preescolar pueden ser menos específicas del trauma e incluir conductas inhibidas y desinhibidas. Por ejemplo, la hipervigilancia puede manifestarse con una mayor frecuencia e intensidad de rabietas, ansiedad por separación, regresión en las habilidades (por ejemplo, habilidades verbales, ir al baño), miedos exagerados para la edad o llanto excesivo. La evitación externa o las expresiones de recuerdo de experiencias traumáticas pueden evidenciarse en estrategias de protección o rescate, exploración limitada o resistencia a participar en nuevas actividades y búsqueda excesiva de tranquilidad por parte de un(a) cuidador(a) de confianza.
- La capacidad limitada para reflexionar e informar sobre estados internos también puede ser característica de algunos niños y adolescentes en edad escolar. Además, los niños y adolescentes pueden mostrarse más reacios que los adultos a informar sobre sus

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

reacciones a sucesos traumáticos. En tales casos, puede ser necesaria una mayor confianza en los cambios de comportamiento, como un aumento de las recreaciones específicas del trauma o la evitación abierta.

- Los niños o adolescentes pueden negar el malestar emocional u horror asociados con la re-experimentación, pero más bien informan que no hay afecto u otros tipos de emociones fuertes o abrumadoras como parte de la re-experimentación, incluidas aquellas que no son angustiantes.
- En la adolescencia, la resistencia a buscar oportunidades de desarrollo (por ejemplo, ganar autonomía de los cuidadores) puede ser un signo de deterioro psicosocial. Las conductas auto-lesivas o de riesgo (por ejemplo, consumo de sustancias o relaciones sexuales sin protección) tienen tasas elevadas de ocurrencia entre adolescentes y adultos con trastorno por estrés postraumático.
- La evaluación puede ser complicada en niños y adolescentes cuando la pérdida de un padre o cuidador se asocia con un evento traumático o una intervención. Por ejemplo, un niño crónicamente maltratado que es retirado del hogar puede poner más énfasis en la pérdida de un cuidador principal que en aspectos de la experiencia que objetivamente podrían considerarse más amenazantes o terribles.
- Entre los adultos mayores con trastorno por estrés postraumático, la gravedad de los síntomas puede disminuir a lo largo del curso de la vida, especialmente cuando se vuelve a experimentar. Sin embargo, la evitación de situaciones, personas, actividades o conversaciones sobre los eventos, así como la hipervigilancia, generalmente persisten. Las personas mayores pueden descartar sus síntomas como parte normal de la vida, lo que puede estar relacionado con la vergüenza y el miedo al estigma.

Características relacionadas con la cultura:

- La importancia de los síntomas particulares del trastorno por estrés postraumático puede variar de una cultura a otra. Por ejemplo, en algunos grupos la ira puede ser el síntoma más prominente relacionado con la exposición traumática y la forma más culturalmente apropiada de expresar la angustia. En otros contextos culturales, las pesadillas pueden tener un significado cultural elaborado que aumenta su importancia en la evaluación de los síntomas característicos del trastorno por estrés postraumático.
- Los síntomas centrales del trastorno por estrés postraumático en algunas culturas pueden no estar incluidos en las descripciones del trastorno y, por lo tanto, los médicos que no estén familiarizados con esas expresiones culturales pueden pasarlos por alto. Por ejemplo, los síntomas somáticos como dolores de cabeza (a menudo con aura visual), mareos, calor corporal, dificultad para respirar, malestar gastrointestinal, temblores e hipotensión ortostática pueden ser prominentes.
- La variación cultural puede afectar la aparición del trastorno por estrés postraumático y el significado de los factores estresantes traumáticos. Por ejemplo, algunos grupos culturales atribuyen un mayor riesgo de trastorno por estrés postraumático a los eventos traumáticos que afectan a los miembros de la familia que a la persona misma; otras sociedades pueden encontrar particularmente traumático observar la profanación o destrucción de símbolos religiosos o que se les niegue la capacidad de realizar ritos funerarios para familiares fallecidos.
- Ciertos síntomas relacionados con el trauma pueden estar asociados con un miedo intenso en contextos culturales particulares, debido a su conexión con cogniciones catastróficas específicas, y pueden precipitar ataques de pánico en el contexto del trastorno por estrés postraumático. Estas interpretaciones catastróficas pueden afectar la trayectoria del trastorno y estar asociadas con una mayor gravedad, cronicidad o una peor respuesta al

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

tratamiento. Por ejemplo, algunos pacientes latinoamericanos pueden considerar que el temblor relacionado con el trauma es el precursor de una condición de por vida de «nervios graves» y algunos camboyanos pueden interpretar las palpitaciones como signos de un «corazón débil».

- Algunos síntomas del trastorno por estrés postraumático pueden no considerarse patológicos en algunos grupos culturales. Por ejemplo, los pensamientos intrusivos pueden considerarse normales en lugar de un síntoma que indique una enfermedad. Es importante evaluar la presencia de todos los elementos de diagnóstico necesarios, incluido el deterioro funcional, en lugar de tratar cualquier síntoma como patognomónico.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- El trastorno por estrés postraumático es más común entre las mujeres.
- Las mujeres diagnosticadas con trastorno por estrés postraumático tienen más probabilidades de experimentar una duración más prolongada del deterioro y niveles más altos de emocionalidad negativa y síntomas somáticos como parte de su presentación clínica.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con trastorno por estrés traumático complejo:*** Mientras que los requisitos diagnósticos del trastorno por estrés postraumático complejo incluyen todas las características esenciales del trastorno por estrés postraumático, el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático complejo también requiere características adicionales como problemas graves en la regulación del afecto, creencias negativas persistentes de uno mismo y dificultades persistentes para mantener relaciones.
- ***Límite con el trastorno por duelo prolongado:*** De forma similar al trastorno por estrés postraumático, el trastorno de duelo prolongado puede presentarse en personas que experimentan un duelo como resultado de la muerte de un ser querido en circunstancias traumáticas. En el trastorno por estrés postraumático, el individuo vuelve a experimentar el evento o la situación asociada con la muerte, en el trastorno de duelo prolongado la persona puede estar preocupada por los recuerdos de las circunstancias que rodearon la muerte, pero a diferencia del trastorno por estrés postraumático, no se re-experimentan como si ocurrieran nuevamente en ese preciso momento.
- ***Límite con trastorno de adaptación:*** En el trastorno de adaptación el factor estresante puede ser de cualquier gravedad o tipo y no es necesariamente de una naturaleza extremadamente amenazante o impactante. Una respuesta a un evento o situación menos grave que, por otra parte, cumple los requisitos de síntomas del trastorno por estrés postraumático pero cuya duración es mayor que la de la reacción a estrés agudo, debe ser diagnosticada como trastorno de adaptación. Además, muchas personas que experimentan eventos de naturaleza extremadamente amenazantes o impactantes desarrollan síntomas que no cumplen todos los requisitos de diagnóstico del trastorno por estrés postraumático. Estas reacciones, generalmente se diagnostican mejor como trastorno de adaptación.
- ***Límite con reacción aguda de estrés:*** Las reacciones agudas normales ante eventos traumáticos pueden mostrar todos los síntomas de trastorno por estrés postraumático incluyendo la re-experimentación, pero éstas comienzan a desaparecer con bastante rapidez (p.ej., durante la semana después de que haya pasado o terminado el evento o la situación amenazante o 1 mes en el caso de factores estresantes continuos). Si la intervención clínica se justifica en estas situaciones, la asignación de la categoría de reacción a estrés agudo del capítulo sobre “factores que influyen en el estado de salud y

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

encuentros con los servicios de salud" (es decir, una categoría que no es un trastorno mental) es generalmente más apropiada.

- ***Límite con la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios:*** Algunos individuos con trastorno por estrés postraumático experimentan graves escenas retrospectivas (*flashbacks)* que pueden tener una cualidad alucinatoria o hipervigilancia que puede alcanzar proporciones que parecen ser paranoides. Las pseudo-alucinaciones auditivas, reconocidas como pensamientos propios de la persona y de origen interno, pueden ocurrir en el trastorno por estrés postraumático. Estos síntomas no deben considerarse evidencia de un trastorno psicótico.
- ***Límite con episodio depresivo:*** En un episodio depresivo los recuerdos intrusivos no se experimentan como algo que ocurre de nuevo en el presente, sino que pertenecen al pasado y usualmente están acompañados por rumiación. Sin embrago, los episodios depresivos suelen presentarse simultáneamente con el trastorno por estrés postraumático y si los requisitos para la definición de ambos trastornos se cumplen, debe asignarse un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo.
- ***Límite con trastorno de pánico:*** En el trastorno por estrés postraumático, los ataques de pánico pueden ser desencadenados por recuerdos del evento traumático o en el contexto de la re-experimentación. La presencia de ataques de pánico que se presentan por completo en estos contextos no garantiza un diagnóstico adicional o separado de trastorno de pánico, pero en cambio, puede utilizarse el especificador "con ataques de pánico" (MB23.H). Sin embargo, si los ataques de pánico inesperados (es decir, aquellos que se producen "de la nada") también están presentes, un diagnóstico adicional de trastorno de pánico es adecuado.
- ***Límite con fobia específica*****:** En algunos casos, una fobia específica situacional o condicionada puede surgir después de la exposición a un evento traumático (p.ej., ser atacado por un perro). La fobia específica puede diferenciarse del trastorno por estrés postraumático por la ausencia de la re-experimentación del evento en el presente. A pesar de que en las respuestas fóbicas puede haber potentes recuerdos del evento, en respuesta a lo cual, el individuo experimenta ansiedad, los recuerdos son experimentados como pertenecientes al pasado.
- ***Límite con los trastornos disociativos***: Después de la experiencia de un(os) evento(s) traumático(s), pueden ocurrir una variedad de síntomas disociativos, incluidos síntomas somáticos, alteraciones de la memoria, escenas retrospectivas (*flashbacks*) u otros estados similares al trance, alteraciones en la identidad y experiencias de despersonalización, especialmente durante los episodios de re-experimentación. Si los síntomas disociativos se limitan a episodios de re-experimentación en un individuo con trastorno por estrés postraumático o trastorno por estrés postraumático complejo, no se debe asignar un diagnóstico adicional de trastorno disociativo. Si hay síntomas disociativos importantes fuera de los episodios de re-experimentación y se cumplen todos los requisitos de diagnóstico, se puede asignar un diagnóstico adicional de trastorno disociativo.
- ***Límite con otros trastornos mentales y del comportamiento:*** Es habitual que otros trastornos mentales diferentes o adicionales al trastorno por estrés postraumático se desarrollen como consecuencia de un evento o situación (ya sea de corta o larga duración) de una naturaleza extremadamente amenazante o impactante. Por lo tanto, el antecedente a una exposición a un evento potencialmente traumático no indica por sí mismo la presencia de un trastorno por estrés postraumático. Los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos debido al uso de sustancias, y trastornos disociativos ocurren como consecuencia de experiencias potencialmente traumáticas, a menudo en ausencia del trastorno por estrés postraumático.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

6B41 Trastorno por estrés postraumático complejo

Características esenciales (requeridas):

- Antecedentes de exposición a un evento o serie de eventos de carácter extremo y prolongado o repetitivo que puede ser experimentado como extremadamente amenazante o impactante donde escapar es difícil o imposible. Estos eventos incluyen, pero no están limitados a tortura, campos de concentración, esclavitud, campañas de genocidio y otras formas de violencia organizada, violencia doméstica prolongada y el abuso sexual o físico repetido durante la infancia.
- Tras el acontecimiento o situación traumática, el desarrollo de los tres elementos principales del trastorno por estrés que hayan persistido al menos durante varias semanas:
    - Re-experimentación del evento traumático después de que haber ocurrido, en donde el(los) evento(s) no sólo se recuerda(n) sino que se experimenta(n) como algo que está ocurriendo de nuevo en ese preciso momento (aquí y ahora). Esto suele ocurrir en forma de imágenes o recuerdos vívidos e intrusivos; escenas retrospectivas (*flashbacks*) que pueden variar desde leves (hay una sensación transitoria de que el acontecimiento está sucediendo de nuevo en el presente) a graves (hay pérdida total de conciencia del entorno actual); o sueños o pesadillas repetitivas cuyos temas están relacionados con el(los) acontecimiento(s) traumático(s). Esta re-experimentación se acompaña generalmente de emociones intensas o abrumadoras como miedo o terror, además de sensaciones físicas. La re-experimentación en el presente también puede implicar sentimientos de agobio o sumergirse en las mismas emociones intensas que se experimentaron durante el evento traumático. El puro hecho de reflexionar o rumiar sobre el(los) evento(s) y recordar los sentimientos que se experimentaron en aquel momento no es suficiente para cumplir con el requisito de re-experimentación. Evitación deliberada de cualquier cosa que pueda producir re-experimentación del evento traumático. Esto puede implicar tanto la evitación activa interna de pensamientos y recuerdos relacionados con el(los) evento(s), o evitación externa de personas, conversaciones, actividades o situaciones que le recuerden el acontecimiento. En casos extremos, la persona puede cambiar su entorno (p.ej., mudarse a una ciudad diferente o cambiar de trabajo) para evitar estos recuerdos.
    - Percepciones persistentes de una amenaza actual exagerada, tal como se describe para los estados de hipervigilancia o reacciones de sobresalto exageradas ante eventos como ruidos inesperados. Las personas que mantienen este estado de alerta constante se protegen contra todo peligro y sienten que ellos mismos u otras personas cercanas a ellos se encuentran en peligro inminente ya sea debido a situaciones específicas o de forma generalizada. Pueden adoptar nuevos comportamientos enfocados en garantizar su seguridadd (p.ej., no sentarse con la espalda hacia la puerta, revisar el espejo retrovisor constantemente). En el trastorno por estrés postraumático complejo a diferencia del trastorno por estrés postraumático, la reacción de sobresalto puede disminuir en algunos casos, en lugar de intensificarse.
- Problemas graves y generalizados de regulación afectiva. Algunos ejemplos incluyen reacciones emocionales exageradas ante factores estresantes menores, arrebatos violentos, conducta temeraria o autodestructiva, síntomas disociativos en situaciones de estrés, y ausencia total de emociones, particularmente la incapacidad de experimentar placer o emociones positivas.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Constante percepción de sí mismo como alguien que no vale nada, que es poca cosa, sentimientos de fracaso e inutilidad, acompañados de sentimientos profundos y generalizados de vergüenza, culpa o fracaso asociados con el factor estresante. Por ejemplo, la persona puede sentirse culpable por no haber escapado o por haber sucumbido a la circunstancia adversa o por no haber podido evitar el sufrimiento de otros.
- Problemas persistentes para establecer y mantener relaciones sanas y sentirse vinculado de forma estrecha con otros. La persona puede evitar minimizar la importancia de o mostrar poco interés en las relaciones y en las actividades sociales en general. Otra posibilidad es que la persona pueda sostener relaciones intensas ocasionales, pero le resulta difícil mantenerlas.
- El trastorno causa un deterioro importante del funcionamiento personal, familiar, social, académico, laboral o en otras áreas importantes. Si el funcionamiento se mantiene, es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características clínicas adicionales:

- Pueden presentarse pensamientos y comportamientos suicidas, abuso de sustancias, síntomas depresivos, síntomas psicóticos y quejas somáticas.

Límite con la normalidad (umbral):

- Antecedentes de exposición a un factor estresante de carácter extremo y prolongado o repetitivo donde escapar es difícil o imposible no indica por sí mismo la presencia de un trastorno por estrés postraumático complejo. Muchas personas experimentan estos factores estresantes sin desarrollar un trastorno. Más bien, la presentación debe cumplir con todos requisitos diagnósticos del trastorno.

Características del curso:

- La aparición de los síntomas del trastorno por estrés postraumático complejo puede ocurrir a lo largo de la vida, generalmente después de la exposición a eventos traumáticos crónicos repetidos y/o victimización que han continuado durante un período de meses o años.
- Los síntomas del trastorno por estrés postraumático complejo son generalmente más graves y persistentes en comparación con el trastorno de estrés postraumático.
- La exposición a traumas repetidos, especialmente en el desarrollo temprano, se asocia con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático complejo en vez de un trastorno por estrés postraumático.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El trastorno por estrés postraumático complejo puede ocurrir a todas las edades, pero las respuestas a un evento traumático, es decir, los elementos centrales del síndrome característico pueden manifestarse de manera diferente según la edad y la etapa de desarrollo. Debido a que el trastorno por estrés postraumático complejo y el trastorno por estrés postraumático comparten estos mismos elementos básicos, la información proporcionada en la sección de «presentaciones en el desarrollo» para el trastorno por estrés postraumático también corresponde a los niños y adolescentes afectados por el trastorno por estrés postraumático complejo.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Los niños y adolescentes son más vulnerables que los adultos a desarrollar un trastorno por estrés postraumático complejo cuando se exponen a traumas graves y prolongados, como el abuso infantil crónico o la participación en el tráfico de drogas o como niños soldados. Muchos niños y adolescentes expuestos a traumas han estado expuestos a múltiples traumas, lo que aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático complejo.
- Los niños y adolescentes con trastorno por estrés postraumático complejo tienen más probabilidades que sus compañeros de demostrar dificultades cognitivas (por ejemplo, problemas de atención, planificación, organización) que a su vez pueden interferir con el funcionamiento académico y ocupacional.
- En los niños, los problemas generalizados de regulación del afecto y las dificultades persistentes para mantener las relaciones pueden manifestarse como comportamientos regresivos, imprudentes o agresivos hacia uno mismo o hacia los demás, y en dificultades para relacionarse con sus compañeros. Además, los problemas de regulación del afecto pueden manifestarse como disociación, supresión de la experiencia y expresión emocional, así como la evitación de situaciones o experiencias que pueden provocar emociones, incluidas las emociones positivas.
- En la adolescencia, el uso de sustancias, las conductas de riesgo (por ejemplo, sexo inseguro, conducción insegura, autolesión no suicida) y conductas agresivas pueden ser particularmente evidentes como expresiones de problemas de desregulación afectiva y dificultades interpersonales.
- Cuando los padres o cuidadores son la fuente del trauma (por ejemplo, abuso sexual), los niños y adolescentes a menudo desarrollan un estilo de apego desorganizado que puede manifestarse como comportamientos impredecibles hacia estas personas (p.ej., alternando entre necesidad, rechazo y agresión). En los niños menores de 5 años, los trastornos del apego relacionados con el maltrato también pueden incluir el trastorno de apego reactivo o el trastorno de relación social desinhibida, que pueden coexistir con el trastorno por estrés postraumático complejo.
- Los niños y adolescentes con trastorno por estrés postraumático complejo a menudo informan síntomas compatibles con trastornos depresivos, trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos, trastornos del sueño y vigilia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta disocial y trastorno de ansiedad por separación. La relación de las experiencias traumáticas con la aparición de los síntomas puede ser útil para establecer un diagnóstico diferencial. También pueden desarrollarse simultáneamente otros trastornos mentales después de experiencias extremadamente estresantes o traumáticas. Sólo se deben realizar diagnósticos comórbidos adicionales si los síntomas no se explican por completo por el trastorno por estrés postraumático complejo y se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para cada trastorno.
- En los adultos mayores, el trastorno por estrés postraumático complejo puede estar dominado por la evitación ansiosa de pensamientos, sentimientos, recuerdos y personas, así como por síntomas fisiológicos de ansiedad (p.ej., aumento de la reacción de sobresalto, hiperreactividad autónoma). Las personas afectadas pueden experimentar un intenso arrepentimiento relacionado con el impacto de las experiencias traumáticas en sus vidas.

Características relacionadas con la cultura:

- Existe una variación cultural en la expresión de los síntomas del trastorno por estrés postraumático complejo. Por ejemplo, los síntomas somáticos o disociativos pueden ser

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

más prominentes en ciertos grupos atribuibles a interpretaciones culturales de la etiología psicológica, fisiológica y espiritual de estos síntomas y de altos niveles de excitación.
- Dada la naturaleza severa, prolongada o recurrente de los eventos traumáticos que precipitan el trastorno por estrés postraumático complejo, el sufrimiento colectivo y la destrucción de vínculos sociales, redes y comunidades pueden presentarse como una preocupación principal o como características importantes relacionadas al trastorno.
- Para las comunidades de migrantes, especialmente refugiados o solicitantes de asilo, el trastorno por estrés postraumático complejo puede verse agravado por factores estresantes aculturales y el entorno social en el país de acogida.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- Las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático complejo que los hombres.
- Las mujeres con trastorno por estrés postraumático complejo tienen más probabilidades de presentar un mayor nivel de angustia psicológica y deterioro funcional en comparación con los hombres.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con trastorno de la personalidad:*** El trastorno de la personalidad es una alteración generalizada en la forma en que un individuo experimenta y piensa sobre sí mismo, otros y el mundo, manifestado en patrones desadaptativos de la cognición, la experiencia emocional, la expresión emocional y el comportamiento. Los patrones desadaptativos son relativamente inflexibles y están asociados con problemas significativos en el funcionamiento psicosocial que son especialmente evidentes en las relaciones interpersonales y se manifiestan a través de una gama de situaciones personales y sociales (es decir, no se limita a relaciones o situaciones específicas), son relativamente estables en el tiempo y de larga duración. Considerando esta amplia definición y los requisitos de los síntomas persistentes relacionados con la desregulación del afecto, la visión distorsionada de sí mimo y la dificultad para mantener relaciones en el trastorno por estrés postraumático complejo, muchos individuos con trastorno por estrés postraumático complejo también pueden cumplir los requisitos diagnósticos del trastorno de la personalidad. La utilidad de asignar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad en estos casos depende de la situación clínica específica.
- ***Límite con otros trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo****:* Debido a que los requisitos diagnósticos del trastorno por estrés postraumático complejo incluyen todas las características esenciales del trastorno por estrés postraumático, la orientación proporcionada en la sección de «límite con otros trastornos y la normalidad» para trastorno por estrés postraumático también se aplica al trastorno por estrés postraumático complejo.

6B42 Trastorno por duelo prolongado

Características esenciales (requeridas):

- Antecedente de duelo tras la muerte de una pareja, padre, hijo u otra persona cercana.
- Una reacción persistente y generalizada de duelo caracterizada por nostalgia por el difunto o preocupación persistente por el difunto acompañada de dolor emocional intenso. Esto se

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

puede manifestar por experiencias como tristeza, culpa, enojo, negación, reproches, dificultad para aceptar la muerte, sentir que se ha perdido una parte de uno mismo, incapacidad para experimentar estados de ánimo positivos, entumecimiento emocional y dificultad para involucrarse en actividades sociales u otras actividades.
- La respuesta de dolor generalizada ha persistido durante un periodo de tiempo anormalmente largo después de la pérdida, notablemente más largo de lo normal en situaciones de duelo dentro del contexto religioso y cultural de la persona. No se considera que cubran este requisito las respuestas de duelo dentro de 6 meses de la pérdida o por periodos más largos en algunos contextos culturales.
- El trastorno causa un deterioro importante del funcionamiento personal, familiar, social, académico, laboral o en otras áreas importantes. Si el funcionamiento se mantiene, es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características clínicas adicionales:

- La preocupación persistente puede centrarse en las circunstancias de la muerte o manifestarse como comportamientos tales como mantener todas las pertenencias de la persona que murió exactamente como estaban antes de su muerte. También puede haber fluctuaciones entre la preocupación excesiva y la evitación de las cosas que le recuerdan a la persona que falleció.
- Otros factores del trastorno por duelo prolongado pueden incluir problemas para afrontar la vida sin el ser querido, dificultades para tener recuerdos positivos de la persona fallecida, dificultad para integrarse en actividades sociales o de otro tipo, dificultad para confiar en otros, aislamiento social y la sensación de que la vida no tiene sentido.
- Puede presentarse aumento en el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, así como pensamientos y comportamientos suicidas.

Límite con la normalidad (umbral):

- Las personas que presentan reacciones de duelo que están dentro de un periodo normativo de acuerdo con su contexto cultural y religioso no deben ser diagnosticadas con un trastorno por duelo prolongado. A menudo es importante considerar si otras personas que comparten la perspectiva cultural o religiosa de la persona afligida (p.ej., familia, amigos, comunidad) consideran la respuesta a la pérdida o la duración de la reacción como anormal.
- Los niños y adolescentes pueden responder a la pérdida de una figura de apego primaria (p.ej., un padre o cuidador) con una respuesta de duelo intensa y sostenida (p.ej., mayor intensidad, sintomatología, duración) debido al papel que estos individuos juegan en la vida del niño. Los niños en edad preescolar suelen tener dificultades para aceptar la pérdida. Los aspectos de la respuesta al duelo pueden reactivarse en varios puntos durante el desarrollo del individuo, por ejemplo, cuando surgen nuevas necesidades que normalmente serían suplidas por el padre o el cuidador. Generalmente, estas reacciones deben considerarse normales y el diagnóstico de trastorno de duelo prolongado debe asignarse con precaución a los niños y adolescentes en esta situación.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El trastorno de duelo prolongado puede ocurrir en todas las edades, pero la respuesta al duelo puede diferir según la edad y la etapa de desarrollo y, por lo tanto, según los conceptos de muerte específicos de la edad.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Los niños a menudo no describen explícitamente la experiencia de nostalgia por el fallecido o la preocupación persistente por la muerte de un ser querido. Es más probable que estos síntomas se manifiesten de manera conductual, como en el juego o en otros comportamientos que involucren temas de separación o muerte. Otras expresiones conductuales de nostalgia pueden incluir esperar a que la persona fallecida regrese o regresar a los lugares donde vio por última vez a la persona fallecida. Algunos niños pueden desarrollar una preocupación temerosa de que otros puedan morir, pensamientos mágicos, así como ansiedad por separación centrada en preocupaciones sobre el bienestar y la seguridad de sus cuidadores.
- En los niños más pequeños, la tristeza intensa o el dolor emocional pueden surgir de manera intermitente con estados de ánimo aparentemente apropiados. La ira relacionada con la pérdida puede manifestarse en niños y adolescentes como irritabilidad, comportamiento de protesta, rabietas, comportamiento oposicionista o problemas de conducta.
- Diversos factores contextuales pueden influir en los síntomas relacionados con la muerte de un ser querido en los niños. Por ejemplo, la aparición tardía o el empeoramiento de los síntomas puede ocurrir en respuesta a un cambio en el entorno social de un niño o adolescente, el grado de afrontamiento de los padres o cuidadores con la pérdida y la comunicación familiar.
- En los adultos mayores, el trastorno de duelo prolongado puede manifestarse como una depresión duradera con la sensación de que uno ha perdido una parte de sí mismo y sentimientos acentuados de vacío. Los sentimientos de estar aturdido por la pérdida son comunes. La preocupación por las molestias somáticas suele ser el principal signo de angustia en esta etapa del desarrollo.

Características relacionadas con la cultura:

- Las prácticas culturales varían con respecto a las expresiones emocionales apropiadas de duelo, los rituales y prácticas para manejar el proceso de duelo, los modos de conmemorar al difunto, los conceptos de una vida después de la muerte, el estigma asociado con ciertos tipos de muerte (p.ej., suicidio) o situaciones que pueden ser especialmente traumáticas (p.ej., la muerte de un niño). Esta variación puede contribuir a la probabilidad de experimentar reacciones de duelo prolongadas y a la variedad de síntomas y presentaciones clínicas.
- La duración normativa de las reacciones de duelo varía en función de los grupos culturales. Entre algunos grupos, las reacciones de duelo prescritas pueden durar un año o incluso después del primer aniversario. En otros grupos, se espera que los rituales o ceremonias provoquen emociones negativas relacionadas con la pérdida, y los períodos formales de duelo son relativamente cortos. A menudo es importante considerar si otras personas que comparten la perspectiva cultural o religiosa de la persona en duelo (p.ej., familia, amigos, comunidad) consideran que la respuesta a la pérdida o la duración de la reacción es anormal.
- En algunas tradiciones culturales o religiosas, la muerte no se ve como el cese de la vida, sino como una transición importante a otra forma de existencia. Tales creencias culturales pueden centrarse en el karma, el renacimiento, el cielo/infierno, el purgatorio u otras transiciones hacia la otra vida. El duelo prolongado puede deberse a la preocupación por el estado del fallecido en la otra vida. Los rituales culturalmente específicos y las celebraciones anuales pueden tener como objetivo asegurar el auspicioso estado espiritual del difunto. El duelo prolongado puede estar asociado con la preocupación por el estado del fallecido en la otra vida.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Los encuentros con los fallecidos pueden variar mucho de una cultura a otra. Por ejemplo, en algunas sociedades, cualquier encuentro despierto con el difunto se considera anormal. Por el contrario, es común en muchas sociedades del sur de Europa y América Latina recibir visitas de familiares fallecidos poco después de su muerte, lo que puede ser reconfortante para los afligidos. Otros grupos (p.ej., algunos indios americanos) pueden encontrar al difunto en sueños, con una variedad de interpretaciones. Entre los camboyanos, por ejemplo, soñar con el difunto puede ser muy perturbador, lo que indica que no se ha producido el renacimiento.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- El trastorno de duelo prolongado es más prevalente en mujeres.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con trastorno por estrés postraumático:*** De forma similar al trastorno por estrés postraumático, el trastorno por duelo prolongado puede presentarse en personas que experimentan duelo como resultado de muerte de un ser querido en circunstancias traumáticas. En el trastorno por duelo prolongado la persona puede estar preocupada por los recuerdos de las circunstancias que rodearon la muerte, pero a diferencia del trastorno por estrés postraumático, no los vuelve a experimentar como si ocurrieran nuevamente en ese preciso momento (aquí y ahora).
- ***Límite con episodio depresivo:*** Algunos síntomas comunes del trastorno por duelo prolongado son similares a los observados en un episodio depresivo (p.ej., tristeza, pérdida de interés en las actividades, aislamiento social, sentimientos de culpa, ideación suicida). Sin embargo, el trastorno por duelo prolongado se distingue del episodio depresivo porque los síntomas se centran específicamente en la pérdida del ser querido, mientras que los pensamientos depresivos y las reacciones emocionales por lo general abarcan múltiples áreas de la vida. Además, otros síntomas comunes del trastorno por duelo prolongado (p.ej., dificultad para aceptar la pérdida, sentir rabia por la pérdida, sensación de que ha muerto una parte de la persona) no son característicos de un episodio depresivo. Para hacer esta distinción es importante considerar el momento de aparición de los síntomas en relación con la pérdida y si existen antecedentes de trastorno depresivo o trastorno bipolar. Sin embargo, el trastorno por duelo prolongado y los trastornos del estado de ánimo pueden ser comórbidos y ambos pueden ser diagnosticados si se cumplen los requerimientos diagnósticos para cada uno.

6B43 Trastorno de adaptación

Características esenciales (requeridas):

- Una reacción desadaptativa ante uno o múltiples factores estresantes psicosociales identificables (por ejemplo, un único acontecimiento estresante, una dificultad psicosocial actual o una combinación de situaciones vitales estresantes) que por lo general surge durante el primer mes tras la ocurrencia del factor estresante. Algunos ejemplos incluyen divorcio o pérdida de una relación, pérdida de un trabajo, diagnóstico de una enfermedad, inicio reciente de una discapacidad y conflictos en el hogar o en el trabajo.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- La reacción al factor estresante se caracteriza por la preocupación en el factor estresante o en sus consecuencias, incluyendo preocupación excesiva, pensamientos recurrentes y angustiantes sobre el acontecimiento o rumiación constante sobre sus consecuencias.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, un trastorno del estado de ánimo, otro trastorno asociado específicamente con el estrés).
- Una vez que el estresor y sus consecuencias han terminado, los síntomas se resuelven dentro de seis meses.
- La falta de adaptación al factor estresante provoca un deterioro importante del funcionamiento personal, familiar, social, académico, laboral o en otras áreas importantes. Si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características clínicas adicionales:

- Los síntomas de preocupación tienden a empeorar con cualquier recordatorio del factor estresante, ocasionando que la persona evite los estímulos, pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el factor estresante, con el fin de prevenir la preocupación o la angustia.
- Los síntomas psicológicos adicionales del trastorno de adaptación pueden ser síntomas depresivos o de ansiedad, así como síntomas impulsivos «externalizantes», particularmente el aumento de consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias.
- Las personas con trastorno de adaptación normalmente se recuperan cuando se elimina el factor estresante, cuando se proporciona el apoyo suficiente o cuando la persona desarrolla mecanismos o estrategias adicionales para afrontarlo.

Límite con la normalidad (umbral):

- El trastorno de adaptación representa una reacción desadaptativa y una falta de adaptación a un factor estresante que se asocia con una preocupación significativa y causa un deterioro importante en el área personal, familiar, social, académico, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. Las reacciones emocionales a eventos vitales negativos que no cumplen con estos requisitos no deben ser diagnosticadas como trastorno de adaptación.
- Los síntomas que se presentan como respuestas transitorias y se resuelven en pocos días, por lo general no justifican un diagnóstico de trastorno de adaptación.
- Las respuestas a eventos traumáticos que se consideran normales dada la gravedad del factor estresante pueden ser diagnosticadas como reacción a estrés agudo.

Características del curso:

- El inicio del trastorno de adaptación generalmente ocurre en el transcurso de un mes después de la exposición a un evento vital estresante (por ejemplo, enfermedad, conflictos maritales). Sin embargo, el inicio puede prolongarse por más tiempo (por ejemplo, 3 meses después de la exposición).
- Los sucesos vitales estresantes agudos e intensos (por ejemplo, pérdida repentina del trabajo) suelen provocar una aparición precipitada de síntomas que tienden a tener una duración más corta, mientras que los sucesos vitales estresantes más persistentes (p.ej., angustia por conflictos maritales continuos) suelen provocar un inicio tardío de síntomas y una mayor duración.
- La intensidad y duración del trastorno adaptativo varía ampliamente.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- En los niños, los síntomas característicos de la preocupación por un factor estresante o sus consecuencias o la rumiación constante sobre el factor estresante no suelen expresarse directamente, sino que se manifiestan en síntomas somáticos (por ejemplo, dolores de estómago o de cabeza), comportamiento perturbador u oposicionista, hiperactividad, rabietas, problemas de concentración, irritabilidad y mayor apego. Otras reacciones a factores estresantes, como regresión, enuresis y alteraciones del sueño, pueden ser una manifestación del trastorno de adaptación si son persistentes (por ejemplo, han estado presentes durante aproximadamente 1 mes).
- En los adolescentes, las manifestaciones conductuales del trastorno de adaptación pueden incluir el uso de sustancias y diversas formas de conductas de riesgo.
- Debido a que los niños y adolescentes pueden no verbalizar explícitamente una conexión entre los eventos estresantes y sus propios síntomas y comportamientos, al hacer el diagnóstico es importante considerar la relación temporal entre el factor estresante y el inicio de los síntomas y la medida en que constituyen un cambio en el funcionamiento anterior.
- Entre los adultos mayores, la preocupación por las quejas somáticas es un signo común de angustia relacionado con los factores estresantes. Los adultos mayores que sufren de trastorno de adaptación tienden a expresar una mayor ansiedad acerca de su salud, reportan un desánimo significativo y, a menudo, muestran una somatización persistente de los síntomas psicológicos.

Características relacionadas con la cultura:

- El trastorno de adaptación puede exacerbarse cuando el apoyo familiar o comunitario es limitado, especialmente en culturas colectivistas o sociocéntricas. En estas sociedades, el foco de la preocupación puede extenderse a los factores estresantes que afectan a familiares cercanos o amigos.
- Los síntomas del trastorno de adaptación pueden estar influenciados por modismos locales (p.ej., susto o espanto en América Central) que están asociados con el miedo o la preocupación posterior por un factor estresante con fuertes connotaciones culturales (p.ej., experimentar miedo intenso al cruzar solo un área despoblada por la noche).

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con trastorno por estrés postraumático:*** En el trastorno de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier tipo o gravedad y no necesariamente es de naturaleza extremadamente amenazante o impactante. Una respuesta a un evento o situación menos grave pero que cumple los requisitos sintomáticos para trastorno por estrés postraumático debe ser diagnosticada como trastorno de adaptación. Además, muchas personas que han experimentado un evento extremadamente amenazante o impactante desarrollan como secuela un trastorno de adaptación y no trastorno por estrés postraumático. La distinción debe hacerse en función de si se cumplen todos los requisitos sintomáticos para cada trastorno y no únicamente en función del tipo de factor estresante.
- ***Límite con otros trastornos mentales y del comportamiento:*** Es habitual que los trastornos mentales y del comportamiento se activen o se exacerben por experiencias vitales estresantes. Además, muchos trastornos mentales pueden presentar síntomas que incluyen reacciones de mala adaptación a los factores estresantes, preocupación por los factores estresantes y preocupación o rumiación excesivas y falta de adaptación. En

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

presencia de otro trastorno mental que pueda explicar estos síntomas (p.ej., un trastorno psicótico primario, un trastorno del estado de ánimo, otro trastorno asociado específicamente con el estrés, un trastorno de la personalidad, un trastorno obsesivo-compulsivo o trastornos relacionados, un trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, trastorno del espectro autista), por lo general no se debe asignar un diagnóstico separado de trastorno de adaptación, incluso si los eventos estresantes de la vida o las circunstancias cambiantes han provocado una exacerbación de los síntomas. Sin embargo, se puede asignar un diagnóstico de trastorno de adaptación en presencia de otros trastornos mentales que no tengan los síntomas sustancialmente solapados (p.ej., fobia específica, trastorno de pánico, trastorno de angustia corporal) y que no expliquen completamente los síntomas del trastorno de adaptación, siempre y cuando el curso de los dos trastornos sea distinguible y se cumplan todos los requisitos de diagnóstico para cada uno. Si los síntomas persisten más de 6 meses después de haber finalizado el factor estresante, por lo general es conveniente cambiar el diagnóstico a otro trastorno mental relevante.

6B44 Trastorno reactivo de apego

Características esenciales (requeridas):

- Antecedentes de cuidado extremadamente insuficiente que puede incluir:
  - Indiferencia persistente por las necesidades emocionales básicas del niño de consuelo, estimulación y afecto.
  - Indiferencia persistente por las necesidades físicas básicas del niño.
  - Cambios constantes de cuidadores primarios (p.ej., cambios frecuentes de las personas que brindan los cuidados de crianza).
  - Crianza en entornos inusuales (p.ej., instituciones) que evitan la formación de vínculos selectivos estables.
  - Maltrato.
- Comportamientos de apego marcadamente anormales hacia los cuidadores adultos en un niño, caracterizados por un patrón persistente y generalizado de comportamiento inhibido y emocionalmente retraído que incluye:
  - Búsqueda mínima de comodidad cuando está angustiado.
  - Respuesta rara o mínima a la comodidad cuando se ofrece.
- Se asume que el cuidado extremadamente insuficiente es responsable del patrón persistente y omnipresente de comportamiento inhibido y emocionalmente retraído.
- Los síntomas son evidentes antes de los 5 años de edad.
- El niño ha alcanzado un nivel de desarrollo en el que normalmente se desarrolla la capacidad de formar vínculos selectivos con los cuidadores, lo que normalmente ocurre a una edad cronológica de 1 año o una edad de desarrollo de al menos 9 meses.
- Los comportamientos anormales de apego no se explican mejor por el trastorno del espectro autista.
- Los comportamientos de apego anormales no se limitan a una relación diádica específica.

Características clínicas adicionales:

- La indiferencia persistente por las necesidades básicas del niño puede cumplir con la definición de negligencia: actos u omisiones atroces por parte de un cuidador que privan a un niño de la atención necesaria y apropiada para su edad y que provocan o tienen un

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

potencial razonable de causar daños físicos o psicológicos. El trastorno de apego reactivo se asocia con negligencia persistente más que con incidentes aislados.
- El maltrato se caracteriza por uno o más de los siguientes: 1) actos no accidentales de fuerza física que causa o tienen un potencial razonable de provocar daño físico o que evocan un miedo significativo; 2) actos sexuales que involucran a un niño y que están destinados a proporcionar gratificación sexual a un adulto; o 3) actos verbales o simbólicos no accidentales que resulten en un daño psicológico significativo. El trastorno de apego reactivo se asocia generalmente con maltrato persistente y no con incidentes aislados.
- Los niños con trastorno de apego reactivo relacionado con el maltrato repetitivo (p.ej., abuso físico o sexual crónico) tienen riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático o un trastorno por estrés postraumático complejo comórbido.
- Los niños con trastorno de apego reactivo a menudo exhiben perturbaciones sociales y emocionales persistentes más generalizadas, incluyendo una relativa falta de respuesta social y emocional hacia los demás y un afecto positivo limitado. Puede haber episodios de irritabilidad, tristeza o temor inexplicables que son evidentes durante las interacciones no amenazantes con los cuidadores adultos.
- Los niños con antecedentes de cuidado extremadamente insuficiente pero que, sin embargo, han formado vínculos selectivos no parecen desarrollar un trastorno de apego reactivo, pero aún pueden estar en riesgo de desarrollar un trastorno de relación social desinhibida.

Límite con normalidad (umbral):

- Muchos niños sin un diagnóstico de trastorno de apego reactivo muestran reducciones transitorias de los comportamientos de apego hacia un padre o cuidador como parte normal del desarrollo. Por el contrario, los niños con trastorno de apego reactivo muestran respuestas sociales marcadamente atípicas hacia los cuidadores que persisten en el tiempo, se extienden a todas las situaciones sociales y no se limitan a una relación diádica con un cuidador en particular.

Características del curso:

- Con la atención adecuada, los niños con trastorno de apego reactivo a menudo experimentan una remisión casi completa o total de los síntomas. Si no se proporciona el cuidado adecuado, el trastorno puede persistir durante varios años.
- Los niños con trastorno de apego reactivo tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos y otros trastornos de internalización durante la adolescencia y la edad adulta. También pueden experimentar problemas para desarrollar y mantener relaciones interpersonales saludables.
- Existe información limitada sobre las características del curso del trastorno de apego reactivo más allá de la niñez.
- Algunos adultos con antecedentes de trastorno de apego reactivo pueden experimentar dificultades para desarrollar relaciones interpersonales.

Presentaciones en el desarrollo:

- La negligencia del cuidador durante los primeros 9 meses de vida es a menudo un precursor asociado a la aparición del trastorno.
- Las características de este trastorno se hacen notorios de forma similar hasta los 5 años de edad.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Actualmente se desconoce si las características clínicas del trastorno varían entre los niños mayores de 5 años.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con el trastorno del espectro autista***: A diferencia de las personas con trastorno del espectro autista, los niños con trastorno de apego reactivo tienen la capacidad de iniciar y mantener la comunicación social y las interacciones sociales recíprocas. Aunque algunos niños con trastorno de apego reactivo pueden mostrar retrasos en el desarrollo del lenguaje debido a los antecedentes de negligencia social, no muestran déficits de comunicación social o patrones de comportamiento, intereses y actividades persistentemente restrictivos, repetitivos y estereotipados característicos del trastorno del espectro autista. Algunas personas criadas en condiciones de privación grave en entornos institucionales presentan características de tipo autista que incluyen dificultades en la reciprocidad social y patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos, repetitivos e inflexibles. Conocido también como «cuasi-autismo», los individuos afectados se distinguen de los que padecen un trastorno del espectro autista en función de la mejora significativa de las características similares al autismo cuando el niño se traslada a un entorno más acogedor.
- ***Límite con los trastornos del desarrollo intelectual:*** Los niños con trastornos del desarrollo intelectual pueden formar vínculos selectivos con los cuidadores. El apego generalmente se desarrolla de manera consistente con el nivel de desarrollo general del niño y, por lo general, es evidente cuando el niño alcanza una edad de desarrollo de al menos 9 meses. El trastorno de apego reactivo solo debe diagnosticarse si está claro que los problemas característicos en la formación de apegos selectivos no están causados por limitaciones en el funcionamiento intelectual.
- ***Límite con el trastorno de ansiedad social:*** El trastorno de ansiedad social en los niños puede incluir comportamientos emocionalmente retraídos en situaciones sociales o en anticipación de encuentros sociales debido a un miedo o ansiedad marcados y excesivos. A diferencia del trastorno de apego reactivo, los niños con trastorno de ansiedad social muestran comportamientos de apego apropiados con sus padres o cuidadores y buscan consuelo en ellos cuando están angustiados, pero por lo general temen a personas desconocidas. Los niños con trastorno de apego reactivo exhiben comportamientos emocionalmente retraídos en todos los contextos sociales.
- ***Límite con los trastornos depresivos:*** Al igual que el trastorno de apego reactivo, los niños con trastornos depresivos pueden mostrar un comportamiento emocionalmente retraído, así como características asociadas de falta de respuesta social y emocional hacia los demás, afecto positivo limitado y/o episodios de irritabilidad, tristeza o temor. Sin embargo, a diferencia del trastorno de apego reactivo, los niños con trastornos depresivos exhiben comportamientos de apego apropiados con sus padres o cuidadores y buscan consuelo en ellos cuando están angustiados.

6B45 Trastorno de relación social desinhibida

Características esenciales (requeridas):

- Antecedentes de cuidado extremadamente insuficiente que puede incluir:
  - Indiferencia persistente por las necesidades emocionales básicas del niño de consuelo, estimulación y afecto.
  - Indiferencia persistente por las necesidades físicas básicas del niño.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

  - Cambios constantes de cuidadores primarios (p.ej., cambios frecuentes de las personas que brindan los cuidados de crianza).
  - Crianza en entornos inusuales (p.ej., instituciones) que evitan la formación de vínculos selectivos estables.
  - Maltrato.
- Un patrón persistente y generalizado de comportamientos sociales marcadamente anormales en un niño que muestra una reticencia reducida o ausente al acercarse e interactuar con adultos desconocidos, incluidos uno o más de los siguientes:
  - Comportamiento demasiado familiar con adultos desconocidos, incluida la violación verbal o física de los límites físicos y verbales socialmente apropiados (p.ej., buscar consuelo en adultos desconocidos, hacer preguntas inapropiadas para la edad a adultos desconocidos).
  - Disminución o ausencia de control con un cuidador adulto después de aventurarse incluso en entornos desconocidos.
  - La voluntad de irse con un adulto desconocido con una mínima o ninguna vacilación.
- Los síntomas son evidentes antes de los 5 años de edad.
- El niño ha alcanzado un nivel de desarrollo en el que normalmente se desarrolla la capacidad de formar vínculos selectivos con los cuidadores, lo que normalmente ocurre a una edad cronológica de 1 año o una edad de desarrollo de al menos 9 meses.
- El comportamiento de relación social desinhibida no se explica mejor por otro trastorno mental (p.ej., trastorno por déficit de atención e hiperactividad).

Características clínicas adicionales:

- La indiferencia persistente por las necesidades básicas del niño puede cumplir con la definición de negligencia: actos u omisiones atroces por parte de un cuidador que privan a un niño de la atención necesaria y apropiada para su edad y que provocan o tienen un potencial razonable de causar daños físicos o psicológicos. El trastorno de relación desinhibida se asocia con negligencia persistente y no con incidentes aislados.
- El maltrato se caracteriza por uno o más de los siguientes: 1) actos no accidentales de fuerza física que causan o tienen un potencial razonable de provocar daño físico o que evocan un miedo significativo; 2) actos sexuales que involucran a un niño y que están destinados a proporcionar gratificación sexual a un adulto; o 3) actos verbales o simbólicos no accidentales que provoquen un daño psicológico significativo. El trastorno de relación social desinhibida se asocia generalmente con maltrato persistente y no con incidentes aislados.
- Los niños con antecedentes de atención extremadamente insuficiente tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de relación social desinhibida, especialmente cuando ocurre a temprana edad (p.ej., antes de los 2 años). Sin embargo, el trastorno de relación social desinhibida es poco común y la mayoría de los niños con antecedentes de este tipo no desarrollan el trastorno.
- A diferencia del trastorno de apego reactivo, los síntomas del trastorno de relación social desinhibida tienden a ser más persistentes después de que se les proporciona el cuidado adecuado, incluso con el desarrollo de apegos selectivos.
- Los niños con trastorno de relación social desinhibida asociado con maltrato repetitivo (p.ej., abuso físico o sexual crónico) tienen riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático o un trastorno de estrés postraumático complejo comórbido.
- La impulsividad general se asocia comúnmente con el trastorno de relación social desinhibida, particularmente entre los niños mayores, y existe una alta tasa de comorbilidad con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Límite con normalidad (umbral):

- Las características temperamentales varían mucho en los niños, y el trastorno de relación social desinhibida debe distinguirse del entusiasmo asociado con un estilo temperamental extrovertido. Las características distintivas del trastorno de relación social desinhibida son la naturaleza disfuncional del comportamiento y su asociación con antecedentes de cuidado extremadamente insuficiente.

Características del curso:

- El trastorno de relación social desinhibida es moderadamente estable y los síntomas pueden persistir durante la niñez y la adolescencia. El comportamiento excesivamente amistoso parece ser relativamente resistente al cambio.
- Las personas con trastorno de relación social desinhibida que vivieron en instituciones durante un período prolongado parecen tener un mayor riesgo de presentar síntomas persistentes, incluso después de la adopción. La remoción temprana de un entorno adverso disminuye la probabilidad de que persistan los comportamientos sociales indiscriminados.
- En la adolescencia, las personas con antecedentes de trastorno de relación social desinhibida demuestran relaciones superficiales con los compañeros (p.ej., identificación de conocidos como amigos cercanos) y otras deficiencias en el funcionamiento social (p.ej., mayor conflicto con los compañeros).
- Se recomienda el tratamiento basado en evidencia para niños y adolescentes maltratados y para mejorar el apego seguro para niños y adolescentes diagnosticados con trastorno de relación social desinhibida. Sin embargo, solo algunas personas con trastorno de relación social desinhibida parecen responder a las intervenciones dirigidas a mejorar los cuidados.
- Durante la infancia, el trastorno de relación social desinhibida a menudo se manifiesta en violación de los límites físicos y verbales socialmente apropiados (p.ej., buscar consuelo en adultos desconocidos) y verbales (p.ej., hacer preguntas inapropiadas a adultos desconocidos).

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- Los niños y adolescentes tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno de relación social desinhibida si han experimentado un cuidado gravemente negligente y entornos adversos, como instituciones, especialmente si esto ocurrió antes de los 2 años de edad. Sin embargo, el trastorno de relación social desinhibida es relativamente raro y no todos los niños o adolescentes con antecedentes de haber experimentado tales entornos desarrollan un trastorno de relación social desinhibida.
- Las personas con trastorno de relación social desinhibida pueden o no haber desarrollado un apego selectivo hacia los cuidadores.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad***: De forma similar al trastorno de relación social desinhibida, los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad pueden mostrar un comportamiento socialmente desinhibido. El trastorno de relación social desinhibida se distingue por comportamientos específicos con adultos desconocidos y su asociación con antecedentes de atención extremadamente insuficiente. Sin embargo, los niños con trastorno de relación social desinhibida a menudo muestran falta de atención, impulsividad general e hiperactividad. La prevalencia del trastorno por

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

déficit de atención e hiperactividad es elevada entre los niños con trastorno de relación social desinhibida, y ambos trastornos pueden diagnosticarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico para cada uno.

- ***Límite con trastornos del desarrollo intelectual:*** Los niños con un trastorno del desarrollo intelectual pueden exhibir comportamientos sociales atípicos. Sin embargo, estos suelen coincidir con el nivel de desarrollo general del niño. Los niños con trastornos del desarrollo intelectual pueden formar vínculos selectivos con los cuidadores cuando el niño alcanza una edad de desarrollo de al menos 9 meses. El trastorno de relación social desinhibida solo debe diagnosticarse si está claro que los problemas característicos del comportamiento social no son el resultado de limitaciones en el funcionamiento intelectual.
- ***Límite con enfermedades del sistema nervioso, anomalías del desarrollo y otras afecciones que se originan en el período perinatal***: La participación social indiscriminada puede ser el resultado de daño cerebral o una característica de síndromes neurológicos como el síndrome de Williams o el síndrome de alcoholismo fetal. Estas afecciones se distinguen del trastorno de relación social desinhibida por las características clínicas confirmatorias e investigaciones de laboratorio y, por lo general, por la ausencia de antecedentes de cuidado extremadamente insuficiente.

6B4Y Otros trastornos específicamente relacionados con el estrés

Características esenciales (requeridas):

- La presentación se caracteriza por síntomas relacionados con el estrés que comparten las características clínicas con otros trastornos específicamente asociados con el estrés (por ejemplo, se presentan en relación específica con un factor estresante identificable).
- Los síntomas no cumplen los requisitos de la definición de alguno de los otros trastornos de la agrupación de trastornos específicamente relacionados con el estrés o de reacción aguda de estrés.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental y del comportamiento (por ejemplo, un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad).
- Los síntomas no son una manifestación de otra condición médica y no se deben a los efectos de una sustancia o medicación en el sistema nervioso central, incluyendo los efectos de abstinencia.
- Los síntomas provocan un deterioro importante del funcionamiento personal, familiar, social, académico, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo.

QE84 Reacción aguda de estrés

Nota: La reacción aguda de estrés no se considera un trastorno mental, sino que aparece en la sección de la CIE-11 que enumera las razones para la búsqueda de atención sanitaria que no son enfermedades o trastornos. Aparece en esta sección para contribuir al diagnóstico diferencial.

Características esenciales (requeridas):

- Exposición a un acontecimiento o situación (ya sea de corta o larga duración) de naturaleza extremadamente peligrosa o impactante. Estos acontecimientos incluyen, entre otros, experiencia directa en desastres naturales o causados por el hombre, guerras,

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

accidentes graves, tortura, violencia sexual, terrorismo, agresión, o enfermedad aguda potencialmente mortal (como un ataque al corazón); ser testigo del daño, de la amenaza de muerte o de la muerte real de otras personas de forma repentina, inesperada o violenta; o enterarse de la muerte súbita, inesperada o violenta de un ser querido.

- El desarrollo de una respuesta ante el factor estresante es considerada normal dada la gravedad del mismo. La reacción ante el factor estresante puede incluir síntomas transitorios emocionales somáticos, cognitivos o conductuales, tales como aturdimiento, confusión, tristeza, ansiedad, ira, desesperanza, hiperactividad, inactividad, aislamiento social, o letargo. Normalmente se presentan signos autonómicos de ansiedad (p.ej., taquicardia, sudoración, sofocos) y constituyen las características más comunes.
- Los síntomas suelen manifestarse en cuestión de horas o días después del evento estresante y, por lo general, tienden a remitir unos cuantos días después del evento o después de que la situación amenazante ha sido eliminada, si esto es posible. En los casos en que el factor estresante continúa o su eliminación no es posible, los síntomas pueden persistir, pero por lo general se reducen en gran medida aproximadamente en el transcurso de un mes a medida que la persona se adapta a la nueva situación.

Características clínicas adicionales:

- La reacción a estrés agudo en individuos que buscan ayuda se presenta por lo general, aunque no siempre, acompañada de un considerable malestar subjetivo y/o interfiere con el funcionamiento personal.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- En los niños, las respuestas a eventos estresantes pueden incluir síntomas somáticos (p.ej., dolor de estómago o de cabeza), comportamiento disruptivo, regresivo u oposicionista, hiperactividad, rabietas, problemas de concentración, irritabilidad, abstinencia, soñar despierto excesivamente, mayor apego, enuresis y alteraciones del sueño. En los adolescentes, las respuestas pueden incluir el uso de sustancias y diversas formas de conductas de riesgo.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con trastorno de adaptación y trastorno por estrés postraumático:*** Si los síntomas no han comenzado a disminuir a la semana de haber desaparecido el factor estresante (o en el transcurso de un mes, aproximadamente, en el caso de factores estresantes continuos), debe considerarse un diagnóstico de trastorno de adaptación o trastorno por estrés postraumático, dependiendo de la naturaleza de los síntomas.
- ***Límite con trastorno psicótico agudo y transitorio:*** Al igual que el trastorno psicótico agudo y transitorio, la reacción a estrés agudo tiene un inicio agudo y puede ocurrir en respuesta a una experiencia traumática. La reacción a estrés agudo no suele incluir síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios característicos del trastorno psicótico agudo y transitorio.
- ***Límite con otros trastornos mentales y del comportamiento:*** Los síntomas no cumplen los requisitos diagnósticos para un trastorno mental como un trastorno psicótico agudo y transitorio, un trastorno depresivo, un trastorno de ansiedad o trastornos relacionados, o un trastorno disociativo.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021